

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE **246**
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

KINSBRUNNER Agate

née le 31 Octobre 1911, à Stanislavov (Pologne)

Contribution à l'étude
des Paralysies Radiales du Nouveau-Né

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

KINSBRUNNER Agate

née le 31 Octobre 1911, à Stanislavov (Pologne)

Contribution à l'étude des Paralysies Radiales du Nouveau-Né

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V°)

—
1936

I — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BÉBANÇON (Just.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI..	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE		
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VALLE		
RY-RADOT		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale
BROcq		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT		
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL		
METZGER		

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE CHÉRIE

A MON PÈRE

A MES PARENTS

*Humble témoignage de ma gra-
titude.*

A MON FIANCÉ

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique d'accouchement

*En témoignage de respectueuse
reconnaissance pour le très grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant de présider à notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOMME

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

*A qui nous devons le meilleur de
ce travail.*

*Hommage de notre profonde
gratitude et de notre respectueux
dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

M. Lacomme a attiré notre attention sur deux cas de Paralyse radiale du nouveau-né recueillis à la clinique Baudelocque dans le service de M. le Prof. Couvelaire. Ces observations sont très rares. Nous n'avons pu en trouver que douze qui soient comparables à celles de la clinique Baudelocque, c'est-à-dire qui ne comportent aucune lésion osseuse. Le petit nombre de documents que nous avons pu rassembler ne nous permettra donc pas de faire une étude complète des paralysies radiales du nouveau-né. Nous tenterons toutefois d'en dégager quelques notions cliniques et nous examinerons les hypothèses cliniques qui paraissent capables d'expliquer les faits observés.

ÉTUDE CLINIQUE

Les paralysies radiales se présentent souvent accompagnées de plaies cutanées congénitales, siégeant au voisinage du pli du coude et qui, à la naissance, sont quelquefois cicatrisées. (Obs. de Bonnaire, Langen 1^{re} Obs., Spieler, Treu, Casal 2^e Obs.). Dans ces cas, l'attention est attirée du côté du membre malade. Très souvent (Obs. de Couvelaire et Lacomme, Lacomme, Toni, Petersen, Ottow, Casal 1^{re} Obs.) la paralysie frappe un membre extérieurement absolument normal. Même dans ces cas, le diagnostic est très facile, et si l'attitude vicieuse n'attire pas l'attention dès la naissance, elle est remarquée, presque toujours, le deuxième ou troisième jour. Il semble bien qu'elle soit entièrement constituée, au moment où l'enfant naît (obs. de Toni).

Le côté droit paraît aussi souvent atteint que le gauche. Nous avons cependant deux observations d'atteinte bilatérale (Obs. de Lacomme et de Ottow). Dans le cas de Ottow, l'atteinte de deux nerfs semble avoir été à peu près symétrique et égale. Dans le cas de Lacomme, le côté gauche était nettement plus atteint que le droit.

Le diagnostic a toujours été fait très facilement. L'attitude du membre est, en effet, l'attitude typique de la paralysie radiale banale : avant-bras en pronation, main tombante, doigts fléchis dans la paume, pouce replié sous les autres doigts. Les attitudes vicieuses sont facilement corri-

gées, mais se reproduisent dès qu'on abandonne le membre à lui-même. Les réactions électriques ne font que confirmer ce diagnostic évident.

La seule particularité de cette paralyisie est de respecter partiellement ou totalement le triceps. Lorsque ce muscle est atteint, il paraît être le premier à récupérer son fonctionnement.

Habituellement, il n'existe pas de troubles trophiques. L'observation de Toni, cependant, signale une atrophie des muscles innervés par le radial. Cette atrophie existait au moment de la naissance. Elle a regressé ensuite lorsque disparut la paralysie. Spieler parle aussi de peau livide et froide et d'une hypotrophie, mais ces troubles qui coexistent avec des attitudes vicieuses permanentes sont des séquelles éloignées de la paralysie et rien n'indique qu'elles existaient à la naissance. Ils paraissent secondaires.

Les lésions cutanées que nous avons signalées et qui, elles, existent bien à la naissance, ne semblent pas représenter des troubles trophiques dus à la lésion nerveuse. Elles existent dans quatre observations et consistent soit en une cicatrice plus ou moins scléreuse, soit en une ulcération. Ni leur aspect, ni leur topographie ne semblent permettre de les interpréter comme des troubles trophiques liés à la paralysie du radial.

*
* *

Il ne semble pas que la paralysie du nerf radial puisse être confondue avec aucune autre paralysie du membre supérieur et cependant, il est possible que beaucoup de cas ne

soient pas reconnus, parce qu'en présence d'un membre inerte, un observateur inattentif porte volontiers le diagnostic de paralysie radiculaire du plexus brachial. Mais il suffit de penser qu'une paralysie du membre supérieur peut être une paralysie radiale, pour ne pas commettre d'erreur. D'ailleurs, la paralysie radiculaire qui, à la rigueur, pourrait prêter à discussion serait la paralysie du type inférieur qui n'est isolée et indépendante de toute lésion des racines supérieures que bien exceptionnellement. Encore cette paralysie radiculaire inférieure ne ressemble-t-elle pas en réalité à la paralysie radiale. La moindre attention apportée dans l'examen clinique et l'examen électrique le plus simple suffisent à éviter toute confusion.

*
**

L'évolution, dans 12 cas sur 14, s'est effectuée sans incident, vers une guérison rapide et il ne semble pas y avoir de différence évidente entre les paralysies accompagnées de plaies cutanées et celles qui ne s'en accompagnent pas. Quelques semaines ont presque toujours suffi pour amener la *restitutio ad integrum*. Dans un cas cependant, la guérison n'était pas encore absolument complète au bout de 4 mois.

Les deux cas qui ont évolué de façon défavorable sont ceux de Bonnaire et de Spieler. Dans le cas de Bonnaire, l'enfant, malgré un poids de naissance normal, se présentait comme un débile : il est mort au bout de 48 heures. Il portait des lésions cutanées congénitales importantes.

L'observation de Spieler montre que la paralysie peut ne

pas régresser totalement et que des contractures et des retractions tendineuses peuvent affecter les muscles antagonistes. L'enfant observé à l'âge de 13 mois présentait ainsi une attitude vicieuse permanente et fixée de la main, coexistant avec des troubles trophiques importants. Ce cas semble très voisin de celui que relate Kírmisson dans ses « Maladies chirurgicales d'origine congénitale ». Cet auteur a vu chez une petite fille de 3 mois une main botte palmaire « comme celle que donne la paralysie radiale », mais il fait le rapprochement de l'attitude vicieuse que donne cette paralysie avec celle qui existait chez sa petite malade, il ne conclut cependant pas formellement que celle-ci présentait les séquelles d'une lésion de ce nerf. Les observations que nous avons réunies, et surtout celles qui s'accompagnent de lésions cutanées ressemblent cependant beaucoup au cas de Kírmisson de telle sorte que celle-ci pourrait probablement être comptée parmi celles dont l'évolution défavorable se fait vers les attitudes vicieuses permanentes et les troubles trophiques définitifs.

Il convient enfin de noter que, sauf l'enfant de Bonnaire, tous les autres, même ceux qui ont conservé des séquelles, locales, se sont développés normalement et n'ont présenté aucun incident de croissance qui puisse faire penser à l'existence chez eux d'une dystrophie générale.

Thérapeutique. — D'une façon générale, le traitement qui a été institué semble avoir été réduit à l'électrisation, quelque fois au massage et à l'air chaud. Petersen a, en outre, placé un petit appareil formé par des attelles pour maintenir

le membre en bonne attitude. Cette précaution semble recommandable. Dans les cas observés à la Clinique Baudelocque, on n'a cependant usé d'aucun appareil, de contention, parce que l'amélioration s'est faite très rapidement sous la seule influence du traitement électrique. Rappelons que dans le cas de paralysie bilatérale que nous avons relaté, l'électrisation dirigée par Mme le Docteur Grunspan de Brancas, chef de laboratoire de l'Electrologie des Maternités, a consisté en 10 séances de galvanisation : le pôle + à la nuque, le pôle — bifurqué sur les deux mains, l'intensité du courant ne dépassant pas 10 milliampères. Les dernières séances ont été complétées par 5 minutes de courant excitomoteur avec une intensité ne dépassant pas 20 milliampères.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET PATHOGÉNIQUE

Pour étayer une hypothèse pathogénique, on ne saurait se baser sur les documents anatomiques. Ceux-ci se réduisent, en effet, à l'autopsie relatée dans l'observation de Bonnàire dont le cas est d'ailleurs très complexe. Le seul point que l'on puisse retenir est l'existence d'un arrêt de développement et une sclérose du nerf radial, ces lésions étant *indépendantes* des lésions superficielles cutanées que présentaient le membre atteint. Mais si nous savons ainsi que rien au niveau du bras n'interrompait et ne comprimait la continuité du tronc nerveux, aucun renseignement ne nous est donné sur l'état des racines rachidiennes du nerf, ni sur les cellules des cornes antérieures de la moelle.

L'anatomie pathologique ne fournissant aucune indication sur la pathogénie de l'affection, toutes les hypothèses que l'on peut émettre ne peuvent reposer que sur les conditions cliniques dans lesquelles se produisent et évoluent les paralysies.

Deux étiologies seules peuvent être discutées : l'étiologie traumatique et l'étiologie congénitale, quels que soient les mécanismes qui agissent dans l'un ou l'autre cas.

Le traumatisme est la première hypothèse qui se présente à l'esprit. C'est celle qui est envisagée dans presque tous les cas, 9 fois sur 14. (Obs. de : Couvelaire-Lacomme, Toni, Langen 2^{me} Obs., Ottow, Treu, Floris, Goldberg, Casal 2^e Obs.) Et cette hypothèse paraît au premier abord non seulement très simple mais facile à justifier. La naissance des enfants atteints a en effet très souvent été un peu laborieuse. A la vérité il y a très peu d'accouchements franchement dystociques, mais beaucoup ont été longs et un très grand nombre se sont terminés par intervention : par forceps 8 fois, par version 1 fois.

Dans trois cas l'existence d'un traumatisme direct, est démontrée par les auteurs et ce trauma est accusé d'avoir causé la paralysie par compression du nerf. Floris a en effet relevé la trace de la cuiller d'un forceps sur le bras paralysé. Une compression pourrait donc être ici à l'origine des accidents. Dans une autre observation, celle de Goldberg, le cordon enroulé autour du bras et du thorax est accusé d'avoir comprimé le nerf, à la manière, semble-t-il, des guides qui déterminent les paralysies des cochers. Il existe d'ailleurs sur la peau du bras, un sillon qui semble bien témoigner qu'une pression s'était réellement exercée dans la

région du radial. Enfin Langen (2° cas) a peut-être déterminé une paralysie par traction sur le bras, au moyen d'un lacs au cours d'une version, pour présentation de l'épaule.

Cependant ces interprétations, à part le cas de Langen qui manque de clarté, sont-elles indiscutables ? Une cuiller de forceps qui laisse son empreinte sur le bras suppose des difficultés opératoires ou une maladresse à peine croyables ; des circulaires du cordon suffisamment serrés pour marquer un sillon sur le bras sans que la circulation funiculaire soit interrompue mortellement, ne peuvent être admis sans quelques réserves. Les trois observations précédentes permettent donc de penser que l'étiologie traumatique est possible mais non absolument démontrée.

Les autres sont-elles plus probantes ? Le fait que les accouchements ont été assez souvent longs et laborieux impliquent-ils un traumatisme capable d'avoir déterminé, par compression, par élongation ou autrement une lésion du radial ? La lecture des observations dans la plupart des cas ne donne pas cette impression. Le plus souvent l'opération obstétricale n'a pas été difficile. Dans les deux cas de la clinique Baudelocque sur lesquels nous avons pu avoir les renseignements les plus précis, le forceps a été appliqué à la vulve dans les conditions les plus simples et les enfants ont été si peu traumatisés qu'ils ont crié aussitôt après la naissance et ne portaient aucune trace des cuillères de l'instrument.

Mais on pourrait encore supposer qu'une attrition directe puisse être réalisée indépendamment d'une opération d'extraction. Casal a ainsi pensé que le nerf avait pu subir une compression sur le promontoire, lors d'un engagement si-

multané de la tête et du bras qui amène la face externe de celui-ci sur la saillie osseuse. A priori, il n'est pas impossible que ce mécanisme ingénieux puisse produire une paralysie radiale dans certains cas très particuliers, mais comment expliquer alors qu'un des enfants de Casal ne portait pas la trace de la saillie osseuse dont l'auteur a cru voir chez l'autre une empreinte dans la lésion cutanée que celui-ci présentait à la naissance et qui paraît peu différente des plaies congénitales mentionnées par d'autres observateurs ? Même si elle est quelquefois admissible, la compression sur le promontoire ne peut être toujours en cause. Elle est au moins incapable d'expliquer les paralysies bilatérales.

Alors, on peut supposer une élongation ? Couvelaire et Lacomme, dans leur observation, ont indiqué une position du bras qui, expérimentalement, amène la tension du radial. Mais cette position qui n'est guère concevable qu'au moment de l'extraction, n'a, en réalité, jamais pu être surprise. Dans l'observation de Lacomme qui concerne une paralysie bilatérale, rien de semblable n'a été observé et rien de semblable n'est admissible puisqu'il faudrait supposer que les deux bras ont été placés dans cette attitude très particulière et vraiment extraordinaire.

En fait, beaucoup d'enfants sont nés facilement sans aucun traumatisme apparent, même si l'on ne fait pas état de celui de Langen (1^{er} cas) qui a bien été extrait par opération césarienne mais après avoir subi des tentatives d'extraction par les voies naturelles. Mis à part les trois cas de Floris, Goldberg et Langen (2^e cas) analysés et critiqués plus haut, aucune donnée clinique précise ne démontre donc absolument l'origine traumatique des paralysies radiales

du nouveau-né, et ne permet de vérifier avec certitude le mécanisme de compression sur le promontoire, invoqué par Casal, pas plus d'ailleurs que le mécanisme d'olongation imaginé à titre hypothétique par Couvelaire et Lacomme.

Ajoutons enfin que la paralysie radiale évolue habituellement plus lentement que les paralysies traumatiques par compression d'un tronc nerveux que nous connaissons bien telles que les paralysies faciales. Ces paralysies qui résultent d'un traumatisme indiscutable guérissent presque toujours très vite en moins d'une semaine habituellement, même si elles sont le fait d'un traumatisme violent.

L'étiologie traumatique n'est donc pas absolument démontrée dans la plupart des cas, mais elle semble cependant réelle dans quelques observations.

L'étiologie congénitale ne semble pas douteuse dans cinq cas : ceux de Bonnaire, de Langen (1^{er} cas), de Spieler, de Treu et de Toni. Dans les quatre premiers cas, les enfants sont nés avec des altérations cutanées qui ne paraissent pas pouvoir être rapportées à un traumatisme ou à une compression subis par les téguments au cours de l'accouchement. Il s'agit, en effet, de plaies ou de pertes de substance dont l'aspect est bien celui des lésions congénitales que certains auteurs attribuent à l'action des brides amniotiques (Bonnaire, Langen, 1^{er} cas Spieler). Deux fois (Treu, Langen) et peut-être trois avec le cas un peu particulier de Spieler, la lésion cutanée se prolongeait dans la profondeur des tissus par des formations fibreuses qui siégeaient précisément

au niveau de la gouttière bicipitale externe, là même où la topographie de la paralysie permet de situer l'interruption du nerf. La lésion du radial pourrait donc résulter de la prise du nerf dans la gangue fibreuse.

Mais ce mécanisme n'est pas indispensable, car dans le seul cas vérifié, à l'autopsie, celui de Bonnaire, les lésions cutanées et la lésion nerveuse étaient indépendantes. La peau montrait une cicatrice fibreuse, mais le tissu cellulaire qui la séparait du nerf était normal et les filets nerveux étaient cependant arrêtés dans leur développement et sclérosés. La lésion nerveuse et la lésion cutanée ne sont donc pas toujours liées l'une à l'autre. Mais elles sont cependant toutes deux congénitales, car ni les lésions cutanées ni les lésions du nerf ne peuvent s'être constituées ailleurs que dans l'utérus, puisque l'enfant autopsié par Bonnaire est mort 48 heures seulement après sa naissance. Cette indépendance des lésions cutanées et nerveuses qui, toutes deux, sont congénitales et peut-être contemporaines, mérite de nous arrêter. Car si les lésions sont indépendantes, ne peut-on supposer que les lésions cutanées manquent quelquefois, alors que la lésion du nerf existe cependant. Et cela n'expliquerait-il pas un certain nombre de paralysies radiales que le traumatisme explique si mal, en particulier les paralysies bilatérales ? Il y a là une hypothèse que l'observation de Toni semble bien justifier. L'auteur signale, en effet, de façon très précise que, *au moment de la naissance*, les muscles innervés par le radial étaient très atrophiés. Cette atrophie qui a ensuite régressé en même temps qu'apparaissaient les fonctions du nerf, n'est évidemment pas explicable par un traumatisme. Elle n'a pu se constituer que

pendant la vie intra-utérine. On peut donc imaginer un arrêt de développement ou une maladie congénitale, mais non rapporter cette paralysie à un traumatisme. Cette étiologie qui, dans ce cas, est bien réellement démontrée, rapprocherait certaines paralysies radiales de certaines paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale « qui ne sont pas du tout obstétricales », selon l'expression d'Ombredanne. (*Gaz. méd. de France*, mai 1932).

Quant à préciser davantage la cause et le mécanisme de la lésion congénitale, cela est impossible. Bornons-nous à noter que les antécédents héréditaires des enfants ne révèlent, en général, aucune particularité et que les observations ne signalent rien, ni infection, ni intoxication qui ait pu agir au cours de la gestation. Le cas de Bonnaire qui parle d'une albuminurie légère est unique parmi nos observations. On se trouve donc réduit à incriminer, comme le fait Ombredanne, pour les paralysies radiculaires du plexus brachial, une « dystrophie constitutionnelle ».

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION DE COUVELAIRE ET LACOMME :

Cet enfant est né d'une femme âgée de 36 ans qui avait eu une première gestation en 1929, terminée par un avortement. La deuxième gestation qui a donné naissance à l'enfant atteint de paralysie radiale s'est accompagnée de légères complications. Six semaines après la dernière menstruation, normale qui avait eu lieu le 20 septembre 1931, la femme avait présenté quelques pertes de sang et quelques douleurs. L'utérus était retroversé. Après avoir été hospitalisée quelques jours, en novembre, la malade avait pu quitter la clinique. Elle se présente le 17 mai suivant, en travail, presque exactement 8 mois après la fin des dernières règles. La dilatation fut lente et dura 27 heures. Les membranes se rompirent précocement après 20 heures de travail, alors que la dilatation était de deux francs. A partir de ce moment, le travail s'accéléra : la dilatation était complète 7 heures plus tard. Des efforts expulsifs insuffisants joints à des modifications des bruits du cœur incitèrent à pratiquer, au bout d'une demi-heure, une application de forceps à la vulve

sur la tête en O. P. Cette application qui fut réalisée sous anesthésie avec la plus grande facilité permit d'extraire un garçon vivant. Une délivrance artificielle dut être faite ensuite en raison d'une hémorragie assez abondante.

L'enfant, prématuré de 8 mois, pesant 2.360 gr., avait crié dès la naissance et rien d'anormal ne fut remarqué jusqu'au lendemain matin. C'est alors qu'une infirmière constate l'attitude anormale du membre supérieur droit et l'immobilité de la main.

A l'examen, on note, en effet, que l'avant-bras est en flexion sur le bras et en pronation. Les mouvements spontanés de l'épaule sont conservés et la radio a permis de vérifier qu'il n'y avait aucune lésion osseuse. La main et l'avant-bras sont immobiles. La main droite est tombante. Les doigts sont fléchis dans la paume de la main, le pouce en adduction replié sous les autres doigts. Ces attitudes sont très facilement réductibles, mais se reproduisent dès qu'on abandonne le membre ou le segment à lui-même.

Cliniquement, on peut donc dire que :

- 1° Il y a très probablement paralysie du triceps ;
 - 2° Qu'il y a paralysie des extenseurs de la main et des doigts (radiaux et extenseurs propres) ;
 - 3° Qu'il y a paralysie de l'abduction du pouce.
- Les examens électriques, pratiqués par Mme de Brancas, chef de service de l'électro-radiologie des Maternités ont montré : hypoexcitabilité faradique considérable des extenseurs des doigts du long supinateur et des radiaux. Hypoexcitabilité galvanique sans lenteur de la secousse de

ces mêmes muscles. Galvanotonus avec six ou sept milliam-pères.

L'attitude caractéristique, la topographie des muscles paralysés et les réactions électriques nous font porter le diagnostic de paralysie du nerf radial.

Un traitement électrique fut institué sous forme de courant continu, dix minutes, trois fois par semaine.

Moins de deux semaines près la naissance, quelques mouvements apparaissent dans le poignet et les doigts.

Le 28 juin, l'enfant est revu, âgé de 6 semaines. On note alors :

1° Des mouvements spontanés d'extension du poignet, mouvements limités de telle sorte que le dos de la main peut venir se mettre dans le prolongement du plan de la face dorsale de l'avant-bras, mais n'arrive pas à former avec ce plan un angle ouvert en arrière. Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras sont devenus normaux.

2° Les mouvements d'extension des doigts plus nets et plus amples du côté de l'index, du pouce et du médus que du côté de l'annulaire et de l'auriculaire. Les mouvements d'écartement des quatre derniers doigts sont normaux.

3° Des mouvements de supination encore limités.

A cette date, l'examen électrique montre : hypoexcitabilité paradique et galvanique légère des extenseurs des doigts des radiaux et du long supinateur. Amélioration très nette des réactions électriques.

Le 12 juillet, un peu moins de deux mois après la naissance, tous les mouvements sont redevenus apparemment normaux. On cesse le traitement électrique. Revu en août

et en octobre, l'enfant est en parfait état de santé et ne présente aucune séquelle de paralysie.

II^e OBSERVATION INÉDITE DE M. LACOMME :

Accouchement. — Primipare de 36 ans entre le 12 avril 1935 à 3 h. 30 du matin en travail. Les membranes sont rompues depuis la veille, 9 heures du soir. Le travail commencé depuis 4 heures de l'après-midi est arrivé à grande paume. Tête engagée en OIGA. Température, 37°9.

A 10 heures, la dilatation est complète, mais les douleurs s'espacent. La période d'expulsion traîne et à 12 h. 30 la tête est toujours dans l'excavation. La température est à 38° 2. On pratique alors une application de forceps (Behm). La mise en place des cuillères, la descente et la rotation s'effectuent sans difficulté. On extrait facilement en OP une fille de 2.470 gr., DNC 520 gr.

Enfant. — D'une façon immédiate, à la naissance, on n'a rien remarqué d'anormal. Mais le lendemain, les infirmières notent déjà l'immobilité relative des mains et des avants-bras.

Le 18, j'examine et trouve la position et l'attitude caractéristique des paralysies radiales : mains tombantes, doigts mi-fléchis dans la paume, avant-bras en pronation, avant-bras à angle droit ou un peu plus fléchi sur le bras. Lorsqu'on mobilise passivement les segments des membres pour réduire les attitudes vicieuses, on voit se reproduire ces attitudes dès qu'on les abandonne. Seule la paralysie du triceps est incomplète : l'attitude en flexion ne se repro-

duit que lentement lorsqu'on a, au préalable, porté l'avant-bras en extension. Il n'y a aucun trouble au niveau des bras. On ne note pas de troubles trophiques, sauf une certaine sécheresse des téguments des mains. Il est impossible de préciser l'existence de troubles sensitifs.

Examen électrique du 18-4-1935.

Nerf cubital et nerf médian :

Tous les muscles du territoire de ces deux nerfs se contractent normalement au faradique et au galvanique.

Nerf radial :

Le triceps se contracte avec des intensités voisines de la normale aussi bien à droite qu'à gauche. On note un léger degré d'hypoexcitabilité faradique pour les extenseurs du poignet et des doigts du côté droit.

Hypoexcitabilité faradique un peu plus marquée pour les extenseurs du côté gauche.

La secousse galvanique de ces mêmes muscles est brusque sans hypoexcitabilité.

En résumé : parésie légère des deux nerfs radiaux.

Evolution. — La paralysie va en régressant rapidement. Le 2 mai, on note, à l'examen électrique, une amélioration nette du côté droit, mais pas de changement à gauche. Dans le courant de mai, le côté droit a récupéré presque totalement ses fonctions. Le côté gauche est en voie d'amélioration très nette. Le 1^{er} juillet, la guérison est complète des deux côtés.

Traitement. — On a institué seulement un traitement électrique. Celui-ci a consisté en 10 séances de galvanisation d'une durée de 10 minutes : Pôle positif à la nuque ;

pôle négatif bifurqué sur les deux mains ; intensité ne dépassant pas 10 milliampères.

On a fait ensuite quelques séances de courant excito-moteur sur les extenseurs du membre supérieur gauche, avec une intensité ne dépassant pas 20 milliampères pendant cinq minutes.

III^e OBSERVATION DE BONNAIRE :

La nommée B..., âgée de 20 ans, Ipare, se présente à la Maternité de Lariboisière, le 15 mars 1898. Sans aucun antécédent pathologique, cette femme est bien constituée et elle a pu travailler jusqu'à la fin de sa grossesse, dont le début remonte à la fin de mai 1897. Cependant, à son entrée à l'hôpital, on constate l'existence d'une albuminurie légère ; il existe un léger degré d'œdème au niveau des membres inférieurs, mais cet œdème aurait été plus accusé en ces derniers temps qu'à l'heure actuelle.

La femme n'a pas été examinée au cours de la grossesse. D'après les renseignements fournis par elle, le père de l'enfant paraît être de bonne santé. Tout est normal à l'examen obstétrical.

L'enfant, dont les battements de cœur sont réguliers, se présente par le sommet en OI DP. La tête est profondément engagée, la dilatation du col offre la dimension d'une petite paume de main, la poche des eaux est intacte. Après un travail d'une durée totale de 9 heures, la femme accouche spontanément. La délivrance se fait naturellement vingt minutes après, sans accidents. L'arrière-faix ne présente

aucune particularité, tant au niveau du placenton que sur la face interne de l'amnios.

L'enfant pèse 3.490 gr. et mesure 54 centimètres de long. Bien qu'il soit certainement à terme comme l'indiquent ces chiffres, il est loin d'offrir les apparences de vitalité habituelle. Il respire assez bien dès sa naissance, mais son cri est court, grêle et aigu comme celui des prématurés. Les mouvements sont paresseux. L'aspect général est chétif et malingre. Les téguments sont de teinte blafarde, la peau semble trop large, comme s'il y avait absence totale de tissu adipeux ; elle n'offre pas sa souplesse habituelle ; elle résiste au pincement comme s'il existait une sclérose dermique généralisée. En outre, elle est extrêmement velue, comme celle d'un enfant prématuré de 7 mois au plus. Ce nouveau-né présente, en somme, l'habitus de faiblesse congénitale, si commune dans les cas d'albuminurie gravidique maternelle.

Bien que nous n'ayons constaté qu'un très léger degré d'albuminurie au moment du travail, à défaut de toute tare constitutionnelle appréciable du côté du père ou de la mère, nous n'hésitons pas à rattacher cet état de déchéance physique de l'enfant, à l'albuminurie de la mère, et nous supposons que cette albuminurie a dû être plus accusée dans les derniers temps qui ont précédé l'accouchement ; d'ailleurs, la clinique nous montre, chaque jour, qu'il n'y a pas nécessairement parallélisme entre le degré d'albuminurie maternelle et l'étendue des désordres observés du côté de l'œuf et imputables à celle-ci.

En outre, de cette dystrophie générale de l'enfant, nous constatons, au niveau du pli du coude et de la région an-

tibrachiale supérieure du côté droit, l'existence de lésions singulières de la peau : la partie médiane du pli du coude est occupée par une cicatrice étalée, à bords nets, de dimensions de l'ongle du pouce et en forme d'une étoile à cinq branches ; la peau est légèrement déprimée et la surface de la cicatrice est un peu froncée et dénuée de poils. A ce niveau, le derme paraît incomplètement développé ; il est mince et il offre une coloration violacée qui tranche sur la pâleur des téguments circonvoisins, donnant ainsi l'apparence du nævus capillaire étalé ; d'ailleurs, la pression du doigt amène une décoloration momentanée et, de plus, aussitôt après la mort, la teinte cyanosée a disparu complètement. Il existe en second îlot de lésion cutanée au niveau de l'épiphyse supérieure du radius, à la face externe de l'avant-bras ; mais ici le caractère de la lésion est un peu différent : celle-ci revêt l'aspect d'une ulcération linéaire, d'une longueur de 15 millimètres environ sur une largeur de 2 millimètres ; elle est courbe, avec une concavité dirigée en avant et en haut, comme si elle avait été produite par un coup d'ongle ayant pénétré profondément. La surface, légèrement suintante, est recouverte incomplètement d'une croutelle jaunâtre. Il n'existe aucune trace de réaction inflammatoire sur les bords. En comparant l'un à l'autre les deux foyers de lésions cutanées, il n'est pas douteux qu'ils soient de même origine et qu'ils présentent deux étapes d'un même processus. L'avant-bras correspondant est paralysé dans le domaine des muscles extenseurs : la main à demi-fermée pend, flasque, sur le poignet, quand on relève l'avant-bras. Aucune excitation cutanée n'arrive à modifier cette attitude.

La face dorsale est tuméfiée, molle, violacée et froide. Les ongles sont normalement développés, celui de l'auriculaire, très long, est recourbé en ouble ; il est presque entièrement détaché de sa matrice et un léger frottement suffit à le faire tomber.

Le mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras s'effectue intégralement.

En présence de ces troubles trophiques si manifestes, nous nous proposons d'explorer la conductibilité électrique du radial, de sa branche terminale postérieure en particulier et de rechercher s'il existait ou non la réaction de dégénérescence au niveau des muscles antibrachiaux extérieurs ; mais avant que nous ayons pu être en mesure de pratiquer cet examen, l'enfant a succombé. Bien que nous ayons mis en œuvre tous les moyens accoutumés pour lutter contre la faiblesse congénitale (séjour en couveuse à 39°, bains et frictions excitants, inhalations d'oxygène, injection de sérum artificiel, etc.), l'enfant s'est cyanosé au bout de 48 heures et est mort presque subitement.

L'événement, d'ailleurs, ne nous a pas surpris ; c'est là trop souvent le sort des enfants débiles, nés de mères albuminuriques. Comme nous nous y attendions, nous n'avons rencontré à l'autopsie aucune lésion viscérale donnant la raison de cette issue rapide ; les centres nerveux, en particulier, offraient une apparence macroscopique absolument normale.

Aussitôt après la mort, la main paralysée a perdu sa coloration violacée et sa tuméfaction. Le derme détaché au niveau du pli du coude et de l'avant-bras et examiné par sa face profonde, n'offrait aucune altération dans les points

répondant aux foyers de lésion cutanée ; il en était de même pour le tissu cellulaire sous-cutané. Nous avons recueilli les fragments de cette peau au niveau et autour de la cicatrice du pli du coude ; nous avons disséqué le tronc brachial du radial et une partie de ses branches terminales, nous avons confié les pièces à M. Poitier, moniteur d'anatomie pathologique de la Faculté, qui a bien voulu faire l'examen microscopique. Nous apportons ici la note technique telle que M. Poitier a eu l'obligeance de nous la remettre :

Les pièces nous sont remises après un séjour de deux jours dans une solution de formol à 1/10. Nous les mettons dans une solution de formol à 1/100, puis dans l'alcool à 90°.

Peau. — L'examen histologique de la peau est pratiqué après coloration au picro-carmin, à l'hématoxyline-éosine, et à la thionine.

Tous les éléments constitutifs de la peau sont conservés.

Le derme est considérablement épaissi et densifié. Uni à l'épiderme, il a 2 millimètres d'épaisseur, ce qui est l'épaisseur normale chez l'adulte.

Les éléments conjonctifs-fibrillaires qui le forment sont tassés les uns contre les autres, et disposés, pour la plupart, dans une direction parallèle à la surface de la peau. Les fibrilles sont réunies en faisceaux longitudinaux qui s'anastomosent et s'intriquent mutuellement. Les noyaux, très nombreux, ovoïdes, tranchent sur le reste de la masse fibrillaire.

Les vaisseaux sanguins ne présentent rien d'anormal.

Les papilles dermiques sont bien développées et ont les caractères du derme sous-jacent.

La couche muqueuse de Malpighi est épaisse. Les éléments paraissent très nettement nucléés.

La couche cornée épidermique forme des lames à stratifications multiples. Des gouttelettes de sébum paraissent par place entre les lames.

Les glandes sébacées et les glandes sudoripares sont nombreuses; très bien développées, disséminées dans toute la peau.

Des poils très bien formés émergent çà et là.

Au niveau de la dépression linéaire, qui traverse le lambeau de peau, et que l'on peut croire l'empreinte de la bride amniotique, les éléments cutanés sont à peine modifiés. Le derme est un peu moins épais, plus tassé. L'épiderme n'est pas modifié. Les cellules épidermiques combent, jonchent, pour ainsi dire, l'angle formé par la dépression. Les glandes sudoripares et sébacées sont très apparentes dans toute la portion de la peau ainsi déprimée.

Au-dessus et au-dessous de la dépression, l'aspect des éléments est le même.

Muscle. — Le muscle, après séjour de 24 heures dans la solution d'acide osmique à 1 p. 100 est examiné par la méthode de dissociation et sur coupes transversales. Les coupes sont colorées au picro-carmin et à la safranine. L'examen par dissociation montre déjà que les faisceaux musculaires sont entourés de tissu conjonctif beaucoup plus dense que normalement, le tissu conjonctif interfasciculaire apparaît en bandes, résistantes, épaisses, séparant les faisceaux musculaires.

L'examen des fibres musculaires montre que la striation est conservée. Toutefois, sur beaucoup de fibres, les stries ne se détachent pas nettement. Sur les coupes transversales, le développement exagéré du tissu conjonctif interfasciculaire apparaît plus accentué encore.

Les noyaux des fibres musculaires, surtout sur les coupes colorées à la safranine, sont très apparents et tranchent par leur netteté sur le reste de la coupe.

Les fibres musculaires elles-mêmes sont plus petites que normalement.

Cette petitesse, facilement constatable par comparaison avec les fibres musculaires des enfants de même âge, présente un caractère frappant.

Nerf radial. — Le nerf, après séjour de 24 heures dans l'acide osmique, est soumis à la coloration prolongée au picro-carmin (24 et 48 heures).

Ce qui frappe, tant par la méthode de dissociation que sur les coupes transversales, c'est l'épaisseur des gaines lamelleuses conjonctives qui entourent le faisceau nerveux. Ces gaines lamelleuses densifiées et dures, envoient des prolongements dans l'intimité des faisceaux nerveux. Ces prolongements enserrent et étouffent les tubes nerveux.

Les tubes nerveux eux-mêmes sont considérablement modifiés. Le cylindre-axe et les noyaux ne peuvent être rendus apparents. La myéline a pu encore être décelée par l'acide osmique ; mais plutôt sous forme de vestiges que de substance restée vivace. Ce qui en subsiste paraît grenu, avec une teinte gris sombre, et non avec la coloration noire qui caractérise la myéline normale.

Sur beaucoup de tubes, toute trace de myéline est introuvable.

En résumé, de cet examen, il apparaît que :

1° Il existait en dehors des plaques cicatricielles de l'avant-bras, un sclérème dermique hypertrophique que nous pouvons considérer comme généralisé, puisque la peau offrait une apparence uniforme sur toute son étendue ;

2° Le derme et l'épiderme possédaient tous leurs éléments constitutifs, avec toutefois un développement moindre, au niveau des lésions cutanées en foyers ;

3° Qu'il y avait arrêt de développement du nerf radial avec prolifération du névrilemme ; mais on ne peut que se demander si la sclérose du nerf a été la cause ou bien la conséquence de l'arrêt de développement de la myéline et des cylindraxes ;

4° Enfin que les éléments actifs des muscles n'offraient aucune trace de dégénérescence, mais présentaient simplement des dimensions inférieures à la moyenne.

La précision des détails indiqués par M. Poirier nous permet de ne pas regretter le défaut d'exploration clinique par l'électricité. Il ne nous semble pas douteux, d'une part, que la conductibilité galvanique du nerf ait été plus restreinte, sinon nulle, en raison de l'état des cylindraxes et que, d'autre part, les fibres musculaires demeurées intactes dans leur protoplasma et dans leurs noyaux, aient conservé leur excitabilité au courant faradique.

Quant aux deux foyers de dystrophie cutanée siégeant à l'avant-bras, nous n'hésitons pas à les rattacher à l'action des brides amniotiques résorbées avant la naissance.

IV^e OBSERVATION DU D^r G. DE TONI :

B. Bianca. — Les parents de la petite sont en bonne santé ; la mère est à son premier accouchement, il n'y a pas eu de fausse couche. La grossesse n'a été troublée par aucun incident ou maladie ; les mouvements du fœtus ont été ressentis par la mère d'une façon normale. L'accouchement a été physiologique, rapide, sans intervention manuelle ou instrumentale. Le médecin-accoucheur qui était présent, remarqua tout de suite, avec surprise, que les muscles extenseurs de la main gauche du nouveau-né étaient paralysés et très atrophiés. Ce confrère ne s'expliquant pas la chose, eut recours à mon conseil.

A l'examen général, la nouveau-née se présente avec une constitution physique tout à fait normale, le poids est presque normal (3 kg. 100). Rien de particulier à l'examen de la peau, du squelette, des glandes et des organes thoraco-abdominaux. En observant les membres supérieurs, on remarque qu'à droite, le développement et la motilité sont normaux, tandis que le membre gauche est dans l'attitude caractéristique de la paralysie radiale. La photographie que je présente montre très bien que lorsque l'avant-bras est soulevé jusqu'à l'horizontale, la main tombe en flexion et en légère pronation ; les doigts sont un peu fléchis et le pouce, est porté au-dessous des autres doigts. La petite ne peut pas faire le mouvement d'extension de la main sur le poignet, ni celui des doigts sur la main.

On peut pratiquer passivement ces mouvements très aisément, car il n'y a pas hypertonie des muscles fléchisseurs.

La paralysie radiale et partielle ; en effet, les mouvements du triceps brachial et le réflexe tricipital sont tout à fait normaux. La paralysie a donc frappé seulement les muscles de la région dorsale de l'avant-bras.

On remarque tout de suite aussi, que les muscles qui dépendent du nerf radial sont très atrophiés ; pas de troubles trophiques cutanés ou vaso-moteurs. On ne peut pas savoir s'il y a quelques troubles sensitifs, étant donné l'âge du sujet.

La peau du bras ne présente pas de sillons, de plaies, ni de cicatrices pouvant faire incriminer comme facteur étiologique, une compression prolongée et persistante, du nerf radial. L'humérus est régulier et paraît complètement normal à la palpation.

Pour compléter ces données cliniques, je dirai que l'examen électrique pratiqué par moi, à l'âge de quinze jours, avant tout traitement, m'a permis de trouver une remarquable diminution de l'excitabilité faradique de nerf radial et des muscles extenseurs de la main ; avec le courant galvanique, il y avait hypoexcitabilité du nerf, pendant que les muscles présentaient des contractions assez lentes. Nous avons donc le tableau d'une dégénérescence incomplète.

La radiographie a permis de voir que les os sont normaux, et que les dimensions à gauche ne diffèrent pas de celles des os de droite.

La réaction de Bordet-Wassermann, sur le sang du père, a été absolument négative. Ce dernier avait, même avant son mariage, en homme très scrupuleux, fait examiner son sang plusieurs fois. Par un excès de scrupules, le père, désolé du malheur qui avait frappé son enfant, exigea aussi un

examen du liquide céphalo-rachidien. Ce liquide était très limpide, pas de cellules, 0,15 p. 1.000 d'albumine ; Nonne-Apelt et Bordet-Wassermann négatifs.

Avec le sang de la mère, j'ai voulu aussi pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann, un mois et demi après l'accouchement, le résultat en a été le même.

Depuis l'âge de quinze jours, l'enfant a été soumis à l'électrothérapie (applications galvaniques à jours alternés, pendant trois à dix minutes, avec un courant de 2 à 5 milliampères). Les mouvements furent améliorés avec une remarquable rapidité. A présent, l'enfant a presque quatre mois : elle peut faire les mouvements d'extension de la main et des doigts, comme du côté sain ; il y a encore, seul signe révélateur de la paralysie guérie, l'hypotrophie, qui, cependant, n'est plus si forte qu'à la naissance, et qui est en train de s'améliorer progressivement. La cuti-réaction de von Pirquet, pratiquée ces jours-ci, est négative.

6^e OBSERVATION DE PETERSEN :

Il s'agit d'un garçon pesant 4.050 grammes et d'une longueur de 55 cm. L'accouchement s'est terminé par l'application du forceps au détroit supérieur, pour cause d'infection puerpérale chez une primipare de 32 ans. L'accouchement avait déjà duré 4 à 5 jours, avant que la malade fût envoyée à l'hôpital. A la maison, on l'avait examinée par le toucher vaginal plusieurs fois, et au moment où elle est arrivée à l'hôpital, on avait un cas d'infection grave à traiter. Le bassin était large (dist. spin. 26 cm., dist. crist. 28 cm.,

d. b. 20 cm., et conj. diag. < 12 cm. (mesurée après l'accouchement). L'orifice, pas effacé, de 5 cm. de diamètre. J'ai pratiqué l'incision du col en avant et en arrière. La tête était engagée au détroit supérieur, en position presque transversale. L'application du forceps, après rotation manuelle de la tête, n'était pas difficile, et après quelques tractions faibles, j'ai fini l'extraction d'un garçon vivant. Le passage des épaules n'était pas difficile et il n'y avait pas une rigidité signifiante du vagin ou de la vulve à signaler.

En examinant l'enfant, nous avons aussitôt observé qu'il tenait la main droite dans la position typique d'une paralysie du nerf radial. La lésion ne comprenait pas le muscle triceps brachii, comme déjà mentionné. En outre, on ne trouvait rien de particulier par l'examen du nouveau-né. La paralysie s'est maintenue pendant les jours suivants. Nous avons donc construit une petite atelle pour corriger la position, et nous avons pratiqué les mouvements et le massage. 3 semaines après l'accouchement, l'enfant est parti avec la mère à la maison, faisant toujours l'usage du traitement nommé. J'ai suivi l'enfant après le retour à la maison. Un mois plus tard, il était dans l'état de pouvoir faire des mouvements de la main sans aide. L'atelle a donc servi seulement pendant la nuit, et après 3 mois nous avons tout à fait abandonné l'usage de l'atelle. On ne trouvait plus le moindre reste de paralysie et il n'y avait point d'atrophie de l'extrémité, et la force du bras était normale, si l'on peut déterminer cela, chez un enfant si petit. La guérison a été définitive et maintenant, un an $\frac{3}{4}$ après l'accouchement, l'enfant se porte bien et le bras et la main droite sont tout à fait naturels.

7° OBSERVATION DE LANGEN ;

Mme F. W., 27 ans, II pare. 1^{er} accouchement spontané en 1925, enfant sain, à terme.

2° accouchement en juillet 1927. La malade est en bon état de nutrition et de force normale. Evolution de la gestation jusqu'ici sans particularité. Grossesse au 10^e mois ; Enfant en 1^{re} présentation céphalique. La malade a un bassin rétréci du 1^{er} au 2^e degré (rachitisme). Début du travail le 19 juillet 1927 à 18 h. Rupture des membranes, le 20 juillet à 6 h. Tête pas engagée, contractions mauvaises. Etant donné que le 20 juillet la tête n'est pas encore engagée malgré des ocytociques et de meilleures contractions, et que l'on constate une disproportion plus marquée entre la tête et le bassin, on décide de faire une opération césarienne. On fait la section typique extrapéritoniale. La tête est dans l'entrée du bassin. L'enfant est cyanosé, asphyxique, mais crie au bout de quelques minutes. Il a une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit, une empreinte de la cuillère sur le pariétal gauche. Il présente une légère parésie faciale gauche, et une paralysie radiale nette du côté gauche. Sur la face externe du bras gauche existe une petite lésion épithéliale, grosse comme deux pfennigs. Au-dessous, on sent une induration cicatricielle des tissus. Le forceps n'a pas atteint le bras, comme on peut l'affirmer avec certitude. On ne peut ni voir, ni sentir de sillon de compression. Les empreintes du pariétal gauche et la parésie faciale, guérissent très vite, malgré qu'il y ait eu de légères crampes le 1^{er} jour. La paralysie radiale persiste. A l'examen radiolo-

gique, on ne trouve pas de lésion osseuse. L'enfant laisse pendre inerte le bras gauche, il y a une contracture secondaire des muscles fléchisseurs de l'articulation de la main, et une atrophie nette des muscles atteints. Les doigts sont fléchis dans l'articulation métacarpo-phalangienne, le pouce fléchi en dedans. La main est en pronation permanente. Les mouvements de l'avant-bras, sont nettement diminués par rapport à ceux du côté opposé.

Examen du 21 septembre 1927.

	gauche	droit
Circonférence du bras	13,4	13,8
Maxima de l'avant-bras	13,0	13,4
Minima de l'avant-bras	9,6	9,6

Examen électrique, D^r Schneider, 27 septembre 1927.

La cicatrice n'est plus visible.

L'observation attentive des mouvements spontanés, fait remarquer :

Extension des doigts incomplète, ainsi que les mouvements d'extension du pouce, mais tendance permanente à la flexion du pouce. Ici encore, une grande différence par rapport au côté droit.

On ne pouvait guère compter sur l'examen électrique, étant donné le jeune âge de l'enfant, ses mouvements spontanés, et la limitation des proportions enfantines.

Bien qu'on ait attendu le 3^e mois pour avoir une meilleure différenciation des territoires d'innervation, les résultats furent insignifiants et négatifs. Une excitation radiale directe ne réussit, ni à droite, ni à gauche. L'excitation

directe des muscles n'eut pas de meilleur résultat. Il y eut partout des anses de courant aux fléchisseurs, à cause des dimensions minimales, mais l'excitation isolée des extenseurs des doigts amenait à droite une extension, tandis qu'elle ne produisait rien à gauche. Mais, étant donnés les mouvements spontanés possibles, ce résultat est à peine utilisable. Étant donné le manque d'expérience, on a renoncé à une excitation directe avec des aiguilles — électrodes stérilisées que l'on pique dans le muscle, avec lesquelles certains auteurs ont eu de très bons résultats, même quantitatifs.

14 jours plus tard, l'enfant sort guéri de la clinique.

Un examen, pratiqué le 10 juillet 1929, montre que la paralysie a complètement régressé. Aucune atrophie. Aucune différence entre la motilité des côtés droit et gauche.

L'auteur attribue ce cas à une bride amniotique qui aurait comprimé le bras contre le thorax. Des mouvements spontanés auraient été la cause de frictions, entre la bride et le bras, et auraient été la cause de la lésion cutanée. Il semble que la bride adhère à la peau du bras. On a décrit ces brides de Simonarth, et on a dit qu'elles se résorbaient in utero.

Traitement de l'enfant :

Massage, air chaud, électricité.

8^e OBSERVATION DE LANGEN

Mme M. Sch... III pare, 34 ans, gestation au 10^e mois, arrive à la clinique avec une présentation transversale dorso-postérieure (1).

Début des douleurs le 19 septembre 1928 à 17 h. Contractions d'abord de moyenne intensité, diminuent dans les 72 heures qui suivent. Administration de quinine et d'extrait hypophysaire. Ensuite pose d'un ballon, qui est expulsé 2 heures après. L'accouchement ne progresse pas convenablement. Le 24 septembre, 23 heures, les membranes ne sont pas encore rompues. Dilatation presque complète. La poche des eaux est complètement lâche, on sent juste derrière, un bras et un coude. Après rupture des membranes et écoulement d'un liquide teinté de méconium, le bras gauche tombe à la vulve. On jette un lacs, fait la version et extraction, ceci fait le bras gauche sur lequel le lacs avait été jeté, n'est pas extrait par la main, mais par traction sur les lacs avec application de peu de force. L'enfant est d'abord cyanosé et asphyxique, mais crie peu de temps après. Le lendemain de l'accouchement, on remarque une tuméfaction de l'avant-bras et de la main gauche.

La main tenue en abduction et flexion, rappelle presque la déformation en baïonnette de la fracture du radius.

Un examen radiologique élimine toute fracture. Il s'agit d'une paralysie nette du nerf radial gauche.

Quelques jours après, la tuméfaction a disparu. La paralysie radiale régresse au bout de 2 semaines seulement. Aucune lésion superficielle de la peau du bras.

L'auteur attribue aux tractions exercées sur le bras par les lacs, la paralysie constatée.

9° OBSERVATION OTTOW :

Mme K., 34 ans, 1^{er} pare. Dimensions du bassin : 28, 30, 33, 21 cm. Présentation céphalique II. Début du travail au terme normal de la grossesse, le 18 avril 1927 à 22 heures. Rupture des membranes, le 21 avril seulement. Le soir de la journée suivante, les contractions deviennent fréquentes et intenses et se transforment en douleurs expulsives. Pendant 1 h. 1/2, la tête reste visible dans la vulve propulsée, étant donné que celle-ci est très rigide. Les bruits du cœur devenant mauvais, on est obligé de faire l'extraction très facile avec le forceps après épisiotomie. On n'a pas eu besoin de mettre les doigts dans le pli du coude, pendant le dégagement du corps de l'enfant.

L'enfant, un garçon long de 52 cm., et du poids de 3.100 gr., tient, aussitôt après l'accouchement, les deux mains dans l'attitude typique d'une paralysie radiale. Malgré cela la mobilité générale des deux bras, n'est pas du tout gênée. On ne trouve pas les traces du forceps, ni sur la tête, ni sur les épaules. Les régions du radial, aux extrémités inférieures des bras, ne présentaient non plus aucune trace de compression. Malheureusement, on n'a pas noté dans le compte rendu de l'accouchement, si un traumatisme, même très superficiel, une rougeur ou quelque chose de semblable, était visible. Sur le reste du corps aucune malformation ou trouble fonctionnel. Les deux membres supérieurs, ne présentent aucune particularité au point de vue radiologique.

Pendant les suites de couches, pas d'amélioration dans la

paralysie. Développement normal : en 12 jours le poids de naissance est repris.

Sur l'enfant tenu assis, avec les coudes soutenus, on voit bien sur la photo n° 1 l'attitude typique de paralysie des mains.

Le 8^e jour après la naissance, le diagnostic de paralysie fut confirmé par la clinique des enfants de la Charité. Quelques jours plus tard, le 4 mai, on a le résultat suivant, de la clinique neurologique de la Charité: « Au point de vue neurologique paralysie bilatérale des extenseurs de la main (et des doigts?) Les muscles sont à peine excitables, avec le courant faradique; avec le courant galvanique, ils montrent des contractions paresseuses. Il s'agit d'une lésion du radial, bilatérale, siégeant au-dessous de la branche du triceps (triceps sans particularité fonctionnelle ou électrique). Au point de vue étiologique, on peut envisager une lésion traumatique symétrique des nerfs radiaux, ou un arrêt de développement ». Un examen de contrôle, dans la même clinique le 30 mai, donna le résultat suivant : « Progrès remarquable dans l'amélioration de la paralysie radiale bilatérale. Tous les muscles fonctionnent de sorte qu'on peut espérer une restitution complète. Nous avons renoncé à un examen électrique aujourd'hui, parce qu'étant donnés les mouvements spontanés inévitables des petits enfants, le résultat est sujet à caution. Etant donné qu'il faut renoncer à l'hypothèse d'un arrêt de développement à cause de l'amélioration rapide, on ne peut envisager qu'une origine traumatique. Sur le mécanisme de ce traumatisme, nous ne pouvons rien dire. »

Actuellement, un autre examen de l'enfant n'est pas possible parce que les parents ont déménagé. Mais une lettre

de la mère faisait savoir que la paralysie avait régressé lentement au bout de quelques semaines, de sorte qu'actuellement, c'est-à-dire 5 ans après la naissance, la croissance, le développement et les fonctions des deux membres supérieurs, ne diffèrent en rien de ceux des enfants sains, de même âge. Cette paralysie radiale bilatérale née dans l'utérus a donc guéri spontanément, vite et complètement.

10° OBSERVATION. SPIELER :

Il s'agit d'un enfant de 13 mois, né de parents bien portants, ne présentant aucune tare familiale ou héréditaire. Sa naissance fut facile et eut lieu au terme de la grossesse ; aussi son développement a-t-il été normal jusqu'ici excepté la paralysie radiale qu'il présente. Dès la naissance, la sage-femme a remarqué au-dessous de l'articulation de coude droit, une tache rouge-brunâtre sur la peau, qui s'est transformée ensuite en une croûte qui se détacha dans les jours suivants progressivement de la périphérie au centre. Il en résulta une tuméfaction allongée perpendiculaire à l'axe du membre qui guérit après quelques semaines par applications de pomades. L'enfant suivait, à ce moment, un traitement ambulatoire à l'hôpital d'enfants Sainte-Anne, dont l'assistant Dr Moser a mis à notre disposition l'observation suivante faite le 4^e jour après la naissance de l'enfant : « gangrène cutanée du pli du coude droit, grosse comme un goulden, limites irrégulières, nettes, une strie rouge sur l'avant-bras se prolongeant un peu plus loin. Paralysie radiale ».

Au cours des mois suivants la mère remarqua une atrophie progressive de l'avant-bras et de la main. D'après les

dières de la mère, l'enfant ne pouvait rien saisir de sa main droite, mais pouvait maintenir. Tels sont les antécédents, sur lesquels j'insiste, parce qu'ils me semblent très importants pour la compréhension de ce cas.

Vous voyez, Messieurs, un enfant assez grand pour son âge, en état de nutrition moyen qui ne présente rien de spécial, excepté un faible rachitisme céphalique et des extrémités. Par contre, vous avez dû remarquer de suite l'attitude typique de la main et des doigts qui est celle d'une paralysie radiale droite. Vous voyez l'attitude caractéristique en flexion et légère pronation de la main, la flexion des doigts par l'articulation métacarpo-phalangienne et la légère adduction du pouce. La peau de l'avant-bras et de la main droite est livide et plus froide qu'à gauche.

Au dos de la main droite on voit, à côté de l'articulation radio-carpienne une perte de substance superficielle couverte d'une croûte noire, le pourtour est un peu infiltré et livide.

L'avant-bras droit semble en totalité être plus faible que le bras gauche, la différence d'épaisseur est de 2 cm. 5 au-dessous du coude, à l'épiphyse la plus éloignée, 1 cm. en faveur de l'avant-bras gauche. Aussi l'avant-bras avec la main est-il en retard de 2 cm. sur la croissance longitudinale du bras gauche. Au-dessus du coude se trouve une cicatrice résistante qui s'étend sous forme de spirale à travers le pli du coude vers la limite entre le tiers supérieur et le tiers moyen du radius. Cette cicatrice est mobile sur le côté cubital et du côté du pli du coude, elle semble pénétrer en profondeur du côté du radius, sans toutefois prendre de

connexions avec l'os. La peau de l'avant-bras droit semble être plus fine qu'à gauche. On n'y sent ni paquets musculaires, ni tendons, la palpation donne l'impression du tissu graisseux et est pâteuse. L'attitude apparente de contraction provoquée par la cicatrice de l'articulation du coude peut-être facilement vaincue activement ou passivement. Par contre, l'attitude de flexion palmaire de la main ne peut-être vaincue ni activement ni passivement. Au contraire, les muscles se tendent ainsi que les tendons aussitôt que la tentative est faite.

L'examen de l'excitabilité électrique montre des réponses normales des muscles innervés par les nerfs médian et cubital du bras droit, de même que ceux innervés par le nerf radial au bras (c'est-à-dire Triceps et Anconé), par excitation directe et par excitation des nerfs.

Par contre, tous les muscles de l'avant-bras droit et de la main innervés par le radial ne sont excitables ni par leur nerfs ni directement par le courant galvanique ou faradique.

Aucune différence dans la sensibilité entre les côtés droit et gauche.

Les réflexes tendineux du triceps et du biceps sont égaux des deux côtés, les réflexes périostiques existent à gauche, mais pas à droite.

Il s'agit donc, dans le cas présent d'une paralysie isolée de tous les muscles innervés par le nerf radial du bras droit.

XI^e OBSERVATION DE TREU

Femme de vingt ans, mince, aucun signe de rachitisme, antécédents familiaux sans particularité ; primipare, der-

nières règles le 8-3-1923 ; admission le 17-12-1923 avec des douleurs espacées et faibles ; paroi abdominale tendue, sans cicatrices ; circonférence du ventre, 106 cm. ; l'utérus incliné légèrement vers la droite ; diamètres du bassin : 25,5, 27,5, 32, 19 ; le fond utérin est à trois travers de doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde ; dos à droite, petites parties à gauche ; siège dans le fond, bruits du cœur à droite, au-dessus de l'aile de l'os iliaque. On sent une zone large du crâne. Les contractions augmentent vers le soir du 18-12, seulement toutes les 8 à 10 minutes, le 19-12 p. m. examen par le rectum : col utérin à peine comme une petite paume de main, bords épais, on sent, pas nettement, en arrière et à droite une partie ronde et dure sans suture ni fontanelle, en avant et à gauche des parties irrégulières qui appartiennent évidemment à une face. Les bruits du cœur sont nettement à gauche, au-dessous de l'ombilic, plus nettement perceptibles qu'à droite, 130. Le 20-12, le matin, douleurs plus intenses et plus fréquentes survenant toutes les 5 à 8 minutes ; au-dessus de la partie droite du sacrum, on sent encore une partie étroite du crâne. Les bruits du cœur sont à peine perceptibles au gauche. A midi, le résultat du toucher est le suivant : Poche des eaux intacte, col utérin comme une paume de main ; juste au-dessus du sacrum, on sent une partie ronde de la tête avec la suture sagittale dans le premier diamètre oblique sans qu'on puisse atteindre une fontanelle.

A 4 heures de l'après-midi, rupture de la poche des eaux, suivie de bonnes contractions toutes les 3 minutes. Le soir, le résultat du toucher est le suivant :

Partie la plus basse de la tête à la hauteur de l'épine scia-

tique ; suture sagittale presque dans le diamètre transversal, la grande fontanelle à gauche, la partie frontale mène (en avant) petite fontanelle pas atteinte ; la nuit, morphine.

21-12. Douleurs concassantes toutes les 2 à 3 minutes. Par le rectum : col utérin dilaté, sauf un petit bord antérieur. La suture sagittale s'approche du diamètre antéro-postérieur. Le point le plus bas de la tête se trouve sur le périnée. Vers le soir, les douleurs diminuent et s'affaiblissent. Administration de Pitruitin à 2 reprises sans succès. La malade est abattue. Le soir, par le rectum : dilatation complète et occipito-pubienne.

Extraction facile de l'enfant en O. P. avec le forceps ; pas d'asphyxie, fille mesurant 52 cm. et pesant 3.400 gr. Pas d'empreintes sur le crâne, fontanelle pas tendue.

Le lendemain de l'accouchement, on remarque que la main droite de l'enfant pend en pronation et flexion, mobilité dans l'épaule et le coude, normale ; les doigts sont légèrement fléchis, le pouce en opposition, abduction à peine possible ; si l'on fait l'extension passive des premières phalanges, les autres peuvent se mettre en extension. A l'examen neurologique pratiqué quelques jours plus tard (Stender), on ne constate rien d'anormal, ni au point de vue des réflexes, ni au point de vue de l'excitabilité électrique ; on renonça à rechercher la réaction de dégénérescence puisqu'il est considéré comme inutile avant la 6^e semaine. (Reuss.)

La radio donnait une image absolument normale des os du membre supérieur et des épaules.

Cependant, on constate, sous la partie externe du bras

droit, une empreinte grosse comme un pfennig avec un épaississement des tissus sousjacents, des dimensions d'une noisette mobile, bien limitée, correspondant au point où le nerf radial devient superficiel, où il contourne le bras entre le triceps, l'humérus, le brachial antérieur et le long supinateur.

Nous avons ici l'image d'une paralysie radiale traumatique isolée.

XII^e OBSERVATION DE FLORIS

Le matin du 20 février 1923 une primipare fut admise dans le service (Pr. Vr. 522). Les douleurs ont commencé le 19 février à 17 heures, environ 7 semaines avant terme ; la rupture des membranes eut lieu à 23 heures.

Antécédents : réglée depuis l'âge de 17 ans, régulièrement toutes les quatre semaines, règles peu abondantes durant 2 jours, sans trouble. Dernières règles le 28 juin 1922. A l'entrée à la salle de travail, les contractions sont très faibles, toutes les 7 minutes environ ; tête foetale profondément engagée. Les parties génitales externes sont remarquablement petites. Col utérin effacé. La tête, dans son plus grand diamètre, a franchi le détroit supérieur. A 16 heures, elle se trouve sur le périnée. Suture sagittale presque antéro-postérieure, la petite fontanelle est à gauche, en avant. Les contractions deviennent un peu meilleures à 17 h. 30 ; température montant à 38° 1, on pratique une injection intraveineuse de Pituisan, aussitôt après débutent des douleurs violentes ; malgré cela, pas de progrès.

19 h., application de forceps, épisiotomie latérale. Déga-

gement de la tête sans difficulté. L'enfant, une fille, est légèrement asphyxique. Elle présente sur les deux joues des empreintes arciformes correspondant à la forme des cuillères, celle du côté gauche se prolonge en bas sur l'épaule gauche et la partie postérieure du bras. On remarque que la main gauche présente l'attitude de la paralysie radiale. L'enfant, long de 45 cm, pèse 2.710 gr. B.P. = 8,5 ; B.T. = 7,5. Circonférence F.O. : 31 ; circonférence épaules : 31.

Les troubles disparaissent au bout de 8 jours.

XII° OBSERVATION DE GOLDBERG

Une femme de 31 ans, II pare, présente pendant une journée (8 décembre) des douleurs irrégulières (courtes et légères) à intervalles espacés. La tête se trouve au-dessus du détroit supérieur normal. Circonférence de l'abdomen, 106 cm. Pas d'œdème. Le 9 décembre, à 7 h. du matin, perte d'une grosse quantité de liquide amniotique contenant beaucoup de méconium ; les bruits du cœur deviennent passagèrement irréguliers. L'examen montre la dilatation complète du col utérin. Une poche des eaux très tendue, étonnamment saillante éclate sous la pression de la tête dans le détroit supérieur. Il se vide à nouveau, une grande quantité de liquide amniotique sale, contenant du meconium. Aussitôt commencent de fortes contractions qui engagent la tête en peu de temps. Les bruits du cœur s'améliorent. Etant donné que les contractions diminuent, on injecte du Pituisan à 4 heures du matin. Alors, la tête descend vite grâce à de fortes contractions. A 4 h. 20, l'enfant naquit spontanément en position céphalique II a, sous

une légère anesthésie à l'éther. Le cordon était très tendu, entourant une fois le cou et aussi le bras droit et le thorax de l'enfant, comprimant fortement le bras contre le thorax, la main droite formant le poing était appliquée contre la joue. Il s'écoulait du liquide amniotique par les narines et la bouche ; l'enfant était bleu, asphyxique ; mais il commença à crier et à respirer aussitôt après la section du cordon. Le cordon ombilical était tellement tendu qu'on fut obligé de tenir l'enfant tout près du corps maternel jusqu'à la section du cordon.

Le placenta fut expulsé une demi-heure après l'accouchement dans de bonnes contractions, il était complet. Les suites de couches évoluèrent sans incident.

Chez l'enfant, on remarqua aussitôt l'attitude de la main, caractéristique d'une paralysie radiale ; le bras pendait, inerte ; les fléchisseurs des doigts proéminaient nettement, à la face interne de l'articulation de la main, il y avait plus de plis qu'à la main opposée. Le deltoïde et les autres muscles de l'épaule paraissent être paralysés. Entre le tiers supérieur et le tiers moyen du bras droit, la peau était légèrement déprimée par la pression du cordon, ce qui disparut après quelques heures. La clavicule et les os du bras étaient normaux (radiographie).

Grâce à un traitement par massages et courants faradiques et galvaniques faibles, on obtint une amélioration remarquable en 8 jours.

Examen neurologique du 27 décembre (D^r Schöb) :

Autant qu'il est possible de faire des observations objectives à l'âge de cet enfant, on a trouvé l'état neurologique suivant :

Paralysie du deltoïde. Ni spontanément ni par des excitations on n'est arrivé à voir des tentatives d'élévation du bras ; au contraire, le bras pend toujours, relativement inerte.

2° Paralysie du triceps, si l'on élimine la force de la pesanteur sur l'avant-bras fléchi, l'avant-bras droit ne se tend jamais.

3° Parésies dans le territoire du nerf radial. Extension de la main droite et des doigts impossible dans toute l'étendue comme à gauche (mais il paraît que l'extension s'est déjà améliorée).

Tous ces mouvements absents ou moins bien exécutés à droite sont bien exécutés à gauche.

Le biceps droit paraît ne pas prendre part à la paralysie ; tout au moins, j'ai eu l'impression que la flexion de l'avant-bras devient relativement bonne et vigoureuse.

Autant qu'on peut le dire jusqu'à maintenant, on se trouve en présence d'une paralysie siégeant très haut dans le radial (à la hauteur du plexus). L'image ne correspond pas à une des formes habituelles des paralysies du plexus ; mais l'hypothèse d'une paralysie du plexus me paraît la plus probable. Un diagnostic sûr ne sera possible qu'à un âge plus avancé. L'origine est à rechercher, peut-être dans une traction du cordon ombilical. »

Note du père de l'enfant après 8 semaines : L'enfant pousse très bien, pèse 5 kg. à 7 semaines. Il remue le bras maintenant aussi bien que le bras sain, seulement il est plus faible.

XIII^e OBSERVATION DE GARCIA-CASAL

L. A., 25 ans, originaire de Soria, primipare. Antécédents familiaux et personnels sans intérêt. Dernières règles du 29 août. Evolution de la gestation tout à fait normale. Pelvimétrie : diamètre biiliaque antérieur, 21 cm., bi-crête, 25 cm. ; bitrochantérien, 30 cm. ; conjugué externe, 20 cm. ; promonto-souspubien, 11 cm. ; rétropubien, 9 cm. 5, bischiatique, 9 cm. 5 ; coccy-souspubien, 9 cm. Présentation et position du fœtus en O. I. G. P.

Début du travail dans l'après-midi du 26 mai.

La hauteur utérine, au-dessus de la symphise mesurée avec un compas était de 27 cm. et avec un mètre de 36 cm. La circonférence maxima de l'abdomen était de 96 cm. La tête était engagée jusqu'au niveau du second plan de Hodge.

L'auscultation était normale. L'accouchement fut tout à fait normal pendant la période de dilatation. A 20 heures 30, le 27, la dilatation était complète, la tête totalement engagée, la rotation faite de telle façon que la position était en gauche antérieure, mais un peu plus rapprochée du diamètre transversal gauche de l'antérieur. A partir de ce moment, l'accouchement ne progresse plus, malgré les contractions très intenses pendant deux heures ; constatant cela, joint à un début de souffrance fœtale, on a fait, sous rachianesthésie une application de forceps facile directe, par rapport au fœtus et oblique par rapport au bassin ; on a eu une fille vivante de 2.700 gr. et de 49 cm. de long. Délivrance normale. Les diamètres et circonférences de la tête fœtale mesurés le 28 après-midi, après la disparition des déformations

plastiques, étaient les suivants : OM : 13 mc. 5 ; OF : 11 cm. ; SOF : 10 cm. 25 ; SOB : 9 cm. 5 ; BP : 9 cm. ; BT : 8 cm. ; MB. : 10 cm. 5 ; Circonférence occipito-mentonnière : 38 cm. ; OF : 34 cm. ; SOF : 33 cm. et le SOB : 32 cm.

XIV^e OBSERVATION DE GARCIA-CASAL

A. A., 23 ans, originaire de Madrid. Antécédents familiaux et personnels sans intérêt. Primipare. Gestation à terme et normale. Le 2 juillet, à 10 h. 30 du soir, rupture spontanée des membranes.

Les douleurs ont commencé le 3, à 2 heures du matin, l'accouchement a suivi un cours normal.

La nuit de la même journée du 3, la sage-femme a fait une injection d'hypophyse parce que, d'après elle, la dilatation étant complète (?) et la tête complètement engagée (?), l'accouchement ne progressait pas malgré les fortes contractions accusées par la parturiente. Le même état persista jusqu'au lendemain matin, 1 heure, où elle fut transportée à la Maternité. Examinée ici par nous, elle présentait une hypertonie utérine qui rendait difficile la perception des parties fœtales à la palpation. A l'auscultation, on perçoit le foyer des bruits du cœur assez bas et à gauche, à 170 par minute. Au toucher, dilatation complète. Tête au dernier degré de l'engagement, un peu visible à la vulve en position G. A. Le liquide amniotique est épais et vert foncé. Pelvimétrie : diamètre bi-iliaque antérieur, 22 cm. 5 ; bicrote, 26 cm. ; bitrochantérien, 30 cm. ; conjugué externe, 18 cm. ; promonto-sous-pubien, 11 cm. 5, promonto-rétropubien,

10 cm. ; biischiatique, 9 cm. 5 ; coccy-souspubien, 8 cm. 5 ; quelques-uns de ces diamètres furent mesurés après l'accouchement, parce que l'engagement fœtal empêchait de le faire avant.

De toute urgence, parce que la souffrance de l'enfant l'imposait, nous fîmes une rachianesthésie et une application de forceps ; une fille vivante de 3.320 gr. et de 52 cm. de long est née ; les diamètres céphaliques étaient : l'OM : 13 cm. 5 ; l'OF : 12 cm. ; le SOF : 10 cm. 5 ; SOB : 9 cm. 75 ; BP : 9 cm. 25 ; BT : 7 cm. 75 et le MB : 10 cm 5 ; la circonférence OM : 39 cm. 5 ; OF : 34 cm. ; SOF : 32 cm. ; SOB : 31 cm. 5.

La fille du premier cas comme celle du second présentait une paralysie radiale gauche brachiale inférieure, c'est-à-dire que l'interruption du nerf était située au-dessous de l'émergence des nerfs du triceps et de l'anconé, qui naissent avant la pénétration du nerf dans le canal de torsion de l'humérus et au-dessus de l'émergence du nerf du supinateur et du premier radial externe qui partent du radial, après la sortie de celui-ci du canal de torsion.

Le nouveau-né du second cas présentait une lésion traumatique de la peau située à la partie externe du tiers inférieur du bras au niveau de l'extrémité du canal de torsion de l'humérus, c'est-à-dire sur le trajet du nerf radial.

Cette lésion étant une lésion récente de la peau, par compression, du volume d'un peu plus d'un centimètre de longueur et quelques millimètres de largeur, dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, s'entrecroisant en X avec le trajet du nerf radial qui, en ce point, va de haut en bas et d'arrière en avant. La lésion avait une

coloration noirâtre, jaune, verdâtre, de peau sphacelée ; à un travers de doigt au-dessus, on notait une dépression grande qui tranchait de la surface saine. Cette lésion a guéri par l'élimination de l'escharre, sous forme d'une croûte noire.

CONCLUSION :

1° Les paralysies radiales du nouveau-né sont rares. L'attitude vicieuse très apparente chez le nouveau-né et les signes caractéristiques de ces paralysies, très simples à déceler en général, rendent le diagnostic le plus souvent très facile.

Quelques-unes sont accompagnées de lésions cutanées congénitales.

2° Elles évoluent presque toujours rapidement vers la guérison complète, mais à titre exceptionnel, on peut les voir évoluer vers les rétractions tendineuses et les attitudes vicieuses permanentes.

3° L'étiologie et plus encore la pathogénie sont très obscures. Le traumatisme explique peut-être quelques paralysies, mais d'autres et particulièrement celles qui s'accompagnent d'altérations cutanées, sont très probablement d'origine congénitale.

VU: *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

VU: *Le Président de Thèse,*
COUVELAIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- COUVELAIRE et LACOMME. — Sur un cas de paralysie radiale chez le nouveau-né. *Bull. Soc. d'Obs. et Gyn.*, 1932, p. 665.
- LACOMME. — (Cas inédit). Paralysie radiale bilatérale. *Obs. Neur.* 776-1935, *Clinique Baudelocque*.
- BONNAIRE. — Paralysie radiale congénitale et dystrophies cutanées par brides amniotiques. Présentation de préparations histologiques. *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, Séance du 11-V-1898, p. 186.
- KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale. *Paris, Masson*, 1898, p. 475.
- TONI. — Sur la paralysie radiale congénitale. *Arch. de Méd. des Enf.*, 1927, p. 406.
- PETERSEN. — Sur un cas de paralysie obstétricale du nerf radial. *Gynec. et Obst.*, 1925, T. 12, p. 68.
- LANGEN. — Radialislähmungen bei Neugeborenem. *Arch. für Gynäk.*, 1930, T. 139, p. 560.
- OTTOW. — Eine unter der Geburt entstandene beiderseitige Radialislähmung beim Neugeborenem. *Zentralblatt für Gynäk.*, 1932, p. 2714.
- SPIELER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1903, p. 139.
- TREN. — Über isolierte Radialislähmung beim Neugeborenen. *Zentralblatt für Gynäk.*, 1924, p. 11018, T. I.
- FLORIS. — Ein Fall von Radialislähmung nachtangengeburt. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1923, p. 504.
- GOLDBERG. — *Zentralblatt für Gynäk.*, 1932, T. III, p. 2562.
- CASAL. — Paralisis radial del recién nacido. Descripción de una nueva distocia. *Rev. Esp. de Obst. y Ginecol.*, 1931, p. 319.

